

رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با فرایند بهبود بیماران قلبی - عروقی

چکیده

محمدعلی بشارت^{۱*}

پریسا پورنگ^۱

علی صادق پورطباطی^۲

سعید پورنقاش تهرانی^۱

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۵/۱۶

زمینه و هدف: در این پژوهش رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با روند بهبود بیماران قلبی - عروقی مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس شامل سبک‌های مقابله مسأله محور، هیجان محور مثبت و هیجان محور منفی و سطوح سازش روانشناختی شامل بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی با روند بهبود بیماران قلبی - عروقی بود. **روش بررسی:** انتخاب نمونه در مرحله نخست به روش در دسترس با نود آزمودنی از بین بیماران واجد شرایط مرکز قلب شهید رجایی تهران آغاز شد و با ۴۶ آزمودنی (۲۷ مرد، ۱۸ زن) در مرحله پی‌گیری ادامه یافت. در مرحله نخست، یک تا دو هفته قبل از عمل جراحی، از آزمودنی‌ها خواسته شد مقیاس سبک‌های مقابله تهران و مقیاس سلامت روانی را تکمیل کنند. در مرحله دوم، سه تا چهار ماه بعد از عمل جراحی، پرسشنامه روند بهبود از طریق پرونده پزشکی بیمار و معاینات بالینی توسط متخصص قلب تکمیل شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که بین سبک‌های مقابله مسأله محور و هیجان محور مثبت و روند بهبود رابطه معنی‌دار وجود ندارد. سبک مقابله هیجان محور منفی با بهبودی عینی نیز همبستگی معنی‌دار نداشت، اما با بهبودی ادراک شده همبستگی مثبت معنی‌دار داشت ($p < 0/05$). سطح بهزیستی روانشناختی با بهبودی ادراک شده بیماران رابطه معنی‌دار نداشت، اما سطح درماندگی روانشناختی با بهبودی ادراک شده بیماران رابطه معنی‌دار داشت ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سبک مقابله هیجان محور منفی می‌تواند احساس بهبودی را در مبتلایان به بیماری قلبی - عروقی تقویت کند. نتایج و پیامدهای پژوهش، مخصوصاً دلایل احتمالی رابطه سبک مقابله هیجان محور منفی با بهبودی ادراک شده، در این مقاله تشریح و تبیین خواهند شد.

کلمات کلیدی: سبک مقابله، استرس، بیماری قلبی - عروقی، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، کرونر

*نویسنده مسئول، تهران، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران،

صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵ تلفن: ۶۱۱۷۴۸۸

email: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

بعدی از قبیل آریتمی، به میزان بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول، از کسانی که استرس کمتری دارند، بیشتر است.^۱ Lazarus و همکاران^۲ راهبردهای مقابله (coping strategies) را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت‌های استرس‌زا است، تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبردهای مقابله مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها بهزیستی روانشناختی (psychological well-being) که بهزیستی جسمانی (physical well-being) وی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.^۴ به همین دلیل، مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چهارچوب روانشناسی

بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Heart Disease (CHD بر اثر تنگی و انسداد عروق کرونر، عروقی که خون سرشار از اکسیژن را به قلب می‌رسانند، به وجود می‌آید. این بیماری یکی از عامل‌های اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود.^۳ مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته‌اند، نه الزاماً کسانی که بیماریشان شدیدتر است. اضطراب، افسردگی یا انکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب و افسردگی زیاد باشند به مشکلات

سلامت (Health psychology) مورد مطالعه قرار گرفته است.^۵ شناسایی شکل‌های موثر مقابله به عنوان متغیر واسطه در رابطه استرس - بیماری خط مقدم پژوهش‌ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است.^۶ به طور کلی نتایج غالب پژوهش‌ها، مقابله هیجانی (Emotional coping style) را به عنوان موثرترین واسطه رابطه استرس - بیماری معرفی کرده‌اند.^۷ بیماری‌های استرس محور و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی^۴ بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی (Avoidant coping style) به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته شده اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی (Psychological adaptation) می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد.^{۸-۱۰} در نقطه مقابل، بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله هیجان محور باعث ارتقاء سطح سلامت روانی می‌شوند.^{۱۱} پژوهش‌های انجام شده در زمینه نقش متغیرهای روانشناختی بر روند بهبود بیماران مبتلا به CHD نشان داده‌اند که استفاده از سبک‌های مقابله مسئله محور در روند بهبود برخی از بیمارانی که دچار انفارکتوس قلبی بودند، مؤثرتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور بوده و این بیماران سازگاری اجتماعی و روانی بیشتری را بعد از ترخیص از بیمارستان نسبت به افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کردند نشان داده‌اند.^{۱۲} البته بعضی پژوهش‌ها نتوانسته‌اند چگونگی اثر تسهیل کننده سبک مقابله مسئله محور بر سازش روانی در بیماران دارای سابقه سکته قلبی را تایید کنند.^{۱۳} هدف این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سطوح سازش روانشناختی بیماران مبتلا به CHD با روند بهبود و سازگاری این بیماران با بیماری بود. علاوه بر نقش مستقل هر یک از متغیرهای پیش گفته (سبک مقابله، سازش روانشناختی)، تعامل این دو متغیر بر روند بهبود بیماران مبتلا به CHD نیز مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، بیماران مبتلا به CHD مراجعه کننده به مرکز قلب شهید رجایی تهران در دوره زمانی اردیبهشت تا دی ۱۳۸۵ بودند. تعداد ۹۰ بیمار مبتلا به CHD بستری در بخش‌های CCU، Post CCU، جراحی مردان، داخلی مردان، جراحی زنان، داخلی زنان و بخش‌های خصوصی بیمارستان به روش

در دسترس از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. شرط شرکت در این پژوهش رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش و نداشتن سابقه بیماری جدی پزشکی غیر از CHD و روانپزشکی بود. وجود بخش‌های دولتی و خصوصی در بیمارستان قلب شهید رجایی این امکان را فراهم ساخت که افراد متعلق به طبقات مختلف اقتصادی و اجتماعی در این پژوهش شرکت کنند. سن شروع بیماری، سن بیماری، مدت زمان بستری، تاریخ عمل و دیگر اطلاعات پزشکی مورد نیاز از پرونده پزشکی بیماران استخراج شد. به تمام آزمودنی‌ها توضیحات یکسان و واضح در باره پر کردن هر یک از ابزارها داده شد. انتخاب نمونه طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول مقیاس سبک‌های مقابله (Tehran coping styles scale) و مقیاس سلامت روانی (Mental health inventory) یک تا دو هفته قبل از انجام عمل جراحی و در مرحله دوم (پی گیری) پرسشنامه روند بهبود سه الی چهار ماه بعد از انجام عمل جراحی تکمیل شد. در اکثر موارد، پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله و سلامت روانی به علت ناتوانی بیماران و نداشتن سواد برای بیماران قرائت و پاسخ پرسش‌ها توسط پژوهشگر درج شد. مدت پرکردن پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و یا پژوهشگر معمولاً ۴۵ الی ۶۰ دقیقه طول می‌کشید. با توجه به وضعیت عمومی بیماران، روزانه حداکثر سه پرسشنامه اجرا می‌شد. پرسشنامه روند بهبود، توسط متخصصان بیمارستان بر اساس معاینات دقیق و از روی پرونده پزشکی بیمار تکمیل شد. در مرحله اول ۹۰ پرسشنامه تکمیل شد، اما در مرحله دوم علی‌رغم تمامی تلاش‌های پژوهشگر جهت مراجعه بعدی بیماران به منظور معاینه مجدد و تکمیل پرسشنامه روند بهبود، تنها ۴۶ نفر از بیماران مراجعه کردند. این گروه نمونه شامل ۱۸ شرکت کننده زن و ۲۷ شرکت کننده مرد بود. تعداد کم حجم نمونه، در عین حال که محدودیت ناخواسته تعداد را بر یافته‌های پژوهش تحمیل می‌کند، با توجه به همبستگی بودن طرح پژوهش که تعداد نمونه بالای ۳۰ نفر را برای تحلیل‌های آماری مناسب می‌داند، توجیه می‌شود. حداقل سن ۳۶ سال و حداکثر سن ۷۷ سال بود. میانگین سنی گروه نمونه ۵۵/۶۷ سال و انحراف معیار آن ۹/۶۳ بود. میزان تحصیلات گروه نمونه شامل رده‌های مختلف تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس بود، اما اکثریت را افراد زیر دیپلم تشکیل می‌داد. از نظر شغلی، نمونه شامل افراد بی کار، دانشجو، خانه دار، کارمند و بازنشسته بودند. مقیاس

بیماران به سه طبقه دارای فراوانی درون گروهی نسبتاً مناسب تقسیم شدند. برای این تقسیم‌بندی سعی شد توزیع فراوانی این دو متغیر به سه قسمت مساوی تقسیم شود. تفاوتی که بین فراوانی طبقات به چشم می‌خورد به علت تراکم افراد در نمراتی است که در مرز بین طبقات واقع شده‌اند (جدول ۲). نتایج همبستگی مربوط به بهبودی عینی با سبک‌های مقابله، بهزیستی و درماندگی روانشناختی بر حسب مدت بیماری نشان داد که هیچ یک از همبستگی‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نیستند، اما با در نظر گرفتن مدت بیماری به عنوان متغیر تعدیل‌کننده تمایزهای قابل تأمل به دست آمد: همبستگی با سبک مسئله محور در گروه کمتر از هفت ماه منفی و در دو گروه دیگر مثبت بود، همبستگی با سبک هیجان محور مثبت در گروه کمتر از هفت ماه قابل اعتنا اما در دو گروه دیگر ناچیز بود، همبستگی با سبک هیجان محور منفی در گروه بیش از ۶۳ ماه قابل توجه و در دو گروه دیگر کمتر بود، همبستگی با بهزیستی روانشناختی فقط در گروه بیش از ۶۳ ماه قابل توجه بود، همبستگی با درماندگی روانشناختی نیز فقط در گروه بیش از ۶۳ ماه قابل توجه بود. نتایج همبستگی مربوط به بهبودی ادراک شده با سبک‌های مقابله، بهزیستی و درماندگی روانشناختی بر حسب مدت بیماری نشان داد که همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مقابله هیجان محور منفی در سطح کلی و با درماندگی روانشناختی در گروه بین هفت تا ۶۳ ماه معنی‌دار است. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مسئله محور در گروه بیش از ۶۳ ماه قابل اعتنا و در دو گروه دیگر ناچیز است. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک هیجان محور مثبت در گروه بین هفت تا ۶۳ ماه چشمگیر و در دو گروه دیگر ناچیز بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک هیجان محور منفی در گروه بین هفت تا ۶۳ ماه چشمگیر، در گروه کمتر از هفت ماه قابل توجه و در گروه دیگر قابل اعتنا بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی در هر سه گروه ناچیز اما در گروه بیش از ۶۳ ماه اندکی بیشتر بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با درماندگی روانشناختی در گروه بین هفت تا ۶۳ ماه چشمگیر و در گروه کمتر از هفت ماه قابل اعتنا بود. نتایج همبستگی مربوط به بهبودی عینی با سبک‌های مقابله، بهزیستی و درماندگی روانشناختی بر حسب مدت بستری نیز نشان داد که هیچ یک از همبستگی‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نیستند، اما با در نظر گرفتن مدت بستری به عنوان متغیر تعدیل‌کننده تمایزهای قابل تأمل به

سبک‌های مقابله تهران یک آزمون ۶۰ سوالی است و سه سبک مقابله مسئله محور (problem-focused coping)، هیجان محور مثبت (positive emotional-focused coping) و هیجان محور منفی (negative emotional-focused coping) را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره صفر تا سه می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌های آزمون به ترتیب صفر و ۶۰ خواهد بود. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌های خارجی^{۱۴} و ایرانی^{۱۵} تایید شده است. مقیاس سلامت روانی^{۱۶} یک آزمون ۳۴ سوالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی (Psychological well-being) و درماندگی روانشناختی (Psychological distress) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا پنج می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌های خارجی^{۱۷،۱۸} و ایرانی^{۱۹} تایید شده است. شاخص‌های بهبودی بیماران در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه روند بهبود که توسط متخصصان علوم پزشکی، مخصوصاً متخصصان قلب و عروق، بر حسب شاخص‌های بهبودی پس از انجام جراحی قلب و بر اساس پرونده پزشکی بیماران ساخته شده است، سنجیده می‌شود. این پرسشنامه یک آزمون ۱۰ سوالی است که شامل دو زیر مقیاس می‌باشد: بهبودی ادراک شده که بر حسب سوالات مربوط به درد، تنگی نفس و احساس بهبودی توسط بیمار محاسبه می‌شود. بهبودی عینی که بر حسب سوالات مربوط به سمع ریه، میزان تب، صدای قلب، نسبت تخلیه بطنی، بررسی زخم، و بازگشت بیمار به زندگی و فعالیت شغلی اندازه‌گیری می‌شود. روایی محتوایی این پرسشنامه، بر حسب نظر تعدادی از متخصصان قلب تایید شده است.^{۲۰}

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری بیماران مبتلا به CHD را بر حسب نمره‌های سبک‌های مقابله با استرس، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، بهبودی عینی و بهبودی ادراک شده به تفکیک در مورد بیماران زن و مرد نشان می‌دهد. با توجه به کم بودن تعداد نمونه و اهداف خاص این پژوهش، بر حسب مدت بستری و مدت بیماری،

جدول- ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های مبتلایان به بیماری عروق کرونر بر حسب نمره سبک‌های مقابله با استرس، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی،

بهبودی عینی و بهبودی ادراک شده

متغیر	مردان		زنان		مجموع	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک مقابله مساله محور	۳۸/۱۵	۹/۲۶	۳۳/۲۲	۱۰/۸۳	۳۵/۹۳	۱۰/۱۲
سبک مقابله هیجان محور مثبت	۳۷/۹۶	۷/۳۵	۳۶/۳۳	۸/۰۸	۳۷/۲۸	۷/۵۲
سبک مقابله هیجان محور منفی	۲۴/۸۹	۵/۸۹	۲۳/۶۷	۳/۸۶	۲۴/۵۰	۵/۱۵
بهزیستی روانشناختی	۵۶/۴۱	۸/۱۳	۵۶/۱۷	۸/۵۲	۵۶/۳۰	۸/۱۰
درماندگی روانشناختی	۶۲/۸۱	۱۴/۷۳	۶۲/۲۸	۱۲/۸۳	۶۲/۷۲	۱۳/۷۲
بهبودی عینی	۵/۸۱	۰/۴۸۳	۵/۷۸	۰/۵۴۸	۵/۸۰	۰/۵۰۵
بهبودی ادراک شده	۹/۴۴	۱/۶۴	۹/۶۷	۰/۹۰۷	۹/۵۳	۱/۳۹

جدول- ۲: طبقه‌بندی بیماران بر حسب مدت بستری و مدت بیماری

مدت بستری		مدت بیماری	
طبقه	فراوانی	طبقه	فراوانی
شش ماه	۲۲	کمتر از هفت ماه	۱۵
شش تا ۱۱/۵ ماه	۹	بین هفت تا ۶۳ ماه	۱۷
بیش از ۱۱/۵ ماه	۱۵	بیش از ۶۳ ماه	۱۴

دست آمد: همبستگی بهبودی عینی با سبک مساله محور فقط در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه قابل توجه بود، همبستگی بهبودی عینی با سبک هیجان محور مثبت فقط در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه چشمگیر و در دو گروه دیگر ناچیز بود، همبستگی بهبودی عینی با سبک هیجان محور منفی در گروه شش ماه ناچیز و در دو گروه دیگر قابل توجه بود، همبستگی بهبودی عینی با بهزیستی روانشناختی در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه چشمگیر و در دو گروه دیگر ناچیز بود، همبستگی بهبودی عینی با درماندگی روانشناختی در گروه بیش از ۱۱/۵ ماه قابل توجه و مثبت و در گروه شش ماه قابل توجه و منفی و در گروه دیگر ناچیز بود. نتایج همبستگی مربوط به بهبودی ادراک شده با سبک‌های مقابله، بهزیستی و درماندگی روانشناختی بر حسب مدت بستری نشان داد که همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مقابله هیجان محور منفی در سطح کلی ($r=0/338$, $p<0/05$) و با درماندگی روانشناختی در گروه بین شش تا ۱۱/۵ ماه بستری ($p<0/05$), $r=0/496$) معنی دار است. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مقابله مساله محور در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه چشمگیر و منفی و در گروه بیش از ۱۱/۵ ماه قابل اعتنا و مثبت بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مقابله هیجان محور مثبت فقط در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه چشمگیر بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با سبک مقابله هیجان محور منفی در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه بسیار چشمگیر و در گروه شش ماه قابل توجه بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با

بهزیستی روانشناختی فقط در گروه شش تا ۱۱/۵ ماه قابل اعتنا بود. همبستگی بهبودی ادراک شده با درماندگی روانشناختی در گروه بیش از ۱۱/۵ قابل توجه و در دو گروه دیگر قابل اعتنا بود. برای بررسی رابطه تعاملی متغیرهای پیش بین با روند بهبود، تحلیل رگرسیون با داده‌های مرکزی شده (centered)^{۲۱} مورد استفاده قرار گرفت. نتایج پنج مورد تحلیل رگرسیون که در این رابطه انجام گرفت نشان داد که سبک‌های مقابله مساله محور و هیجان محور مثبت، بهزیستی روانشناختی و تعامل آنها فقط ۱۰/۷ درصد از واریانس بهبودی عینی را تبیین کرده‌اند و رگرسیون بهبودی عینی بر این متغیرها معنی دار نیست ($p=0/455$). در نتیجه تعامل متغیرها که بخشی از پیش‌بینی‌کننده‌ها بوده است نیز معنی دار نیست. در مورد بهبودی ادراک شده، متغیرهای مزبور فقط ۲/۴ درصد واریانس را تبیین کرده‌اند و در اینجا نیز رگرسیون معنی دار نیست ($p=0/962$). سبک مقابله هیجان محور منفی، درماندگی روانشناختی و تعامل آنها ۳/۲ درصد واریانس بهبودی عینی را توجیه می‌کنند و رابطه رگرسیونی معنی دار نیست ($p=0/710$). رگرسیون بهبودی ادراک شده بر سبک مقابله هیجان محور منفی، درماندگی روانشناختی و تعامل آنها معنی دار است ($p=0/028$) و ۱۹/۳ درصد واریانس بهبودی ادراک شده را تبیین می‌کند. بنابراین می‌توان در مرحله بعدی به بررسی رابطه جمله تعامل با بهبودی پرداخت. ملاحظه می‌شود که وقتی سهم متغیرهای هیجان محور منفی و درماندگی روانشناختی را از معادله کم می‌کنیم و فقط جمله تعامل را باقی می‌گذاریم، فقط ۳/۲ درصد واریانس تبیین می‌شود که معنی دار نیست ($p=0/202$), یعنی تعامل متغیرها قادر به پیش‌بینی روند بهبود بیماری نیست. مقایسه بیمارانی که در مرحله پی‌گیری شرکت کردند با گروهی که در مرحله پی‌گیری شرکت نکردند نشان داد که بین دو گروه در هیچ یک از متغیرهای

جدول- ۳: نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برحسب نمره سبک‌های مقابله و سازش روانشناختی برای مقایسه بیماران که در مرحله پی‌گیری شرکت داشتند/ شرکت نداشتند

متغیر	میانگین	انحراف معیار	df	t	p*
مقابله مساله محور- پی‌گیری	۳۵/۹۳	۱۰/۱۲	۸۸	۰/۹۶۸	۰/۳۳۶
مقابله مساله محور- عدم پی‌گیری	۳۸/۰۵	۱۰/۵۶			
مقابله هیجان محور مثبت- پی‌گیری	۳۷/۲۸	۷/۵۲	۸۸	۰/۶۸۱	۰/۴۹۸
مقابله هیجان محور مثبت- عدم پی‌گیری	۳۶/۲۵	۶/۸۲			
مقابله هیجان محور منفی- پی‌گیری	۲۴/۵۰	۵/۱۵	۸۸	۱/۳۰	۰/۱۹۶
مقابله هیجان محور منفی- عدم پی‌گیری	۲۲/۷۵	۷/۴۲			
بهبودی روانشناختی- پی‌گیری	۵۶/۳۰	۸/۱۰	۸۸	۴/۶۳	<۰/۰۰۰۱
بهبودی روانشناختی- عدم پی‌گیری	۴۴/۳۰	۱۵/۴۸			
درماندگی روانشناختی- پی‌گیری	۶۲/۷۲	۱۳/۷۲	۸۸	۱/۵۷	۰/۱۲۰
درماندگی روانشناختی- عدم پی‌گیری	۵۷/۶۸	۱۶/۵۹			

*آزمون آماری t مستقل، $p < ۰/۰۵$ معنی‌دار است.

بحث

دموگرافیک و روانشناختی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. تنها متغیری که دو گروه را از هم متمایز کرد، بهزیستی روانشناختی بود. نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل در جدول ۳ ارایه شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله هیجان محور منفی و روند بهبود همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. این یافته تا حدودی با پژوهش‌های قبلی^{۲۲} هم‌خوانی دارند و بر حسب چندین احتمال تبیین می‌شوند: با استفاده از سبک مقابله ناکارآمد (هیجان محور منفی) که وجه مشخصه آن دوری گزیدن از عامل استرس‌زا از طریق نادیده انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع است،^{۲۳} بیماران به جای درگیری مستقیم با منبع استرس و پرداختن به جوانب مختلف آن با نادیده انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع، بخش عظیمی از اضطراب خود را کاهش می‌دهند. زمانی که رویارو شدن با مسأله‌ای بیش از اندازه دردناک باشد، فرد ممکن است وجود آن را انکار کند. در موقعیت‌های پزشکی، افرادی که به بیماری‌های کشنده و مزمن مبتلا هستند معمولاً از این راهبرد سود می‌جویند. به‌نظر می‌رسد این بیماران با استفاده از سبک‌های مقابله هیجان محور منفی، از نظر هیجانی کمتر با بیماری درگیر می‌شوند که در کوتاه‌مدت باعث می‌شود استرس کمتر تشدید شده، اضطراب به حداقل برسد و بهبودی ادراک شده افزایش یابد. همچنین این احتمال نیز وجود دارد که افرادی که از سبک هیجان محور منفی استفاده می‌کنند و بیماری خود را انکار می‌کنند و یا از طریق نادیده انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع با آن مقابله می‌نمایند در گزارش درد، تنگی نفس،

احساس بهبودی و به‌طور کلی بهبودی ادراک شده سهواً و یا عمدتاً دچار اشتباه شده و یا گزارشات نادرست در خصوص بیماری خود به متخصص بدهند. به دلیل این که انکارکنندگان احتمالاً مدت کمتری را در بیمارستان سپری می‌نمایند، بررسی روند بهبود در آنان مستلزم پی‌گیری‌های مکرر بعدی است و در یک بررسی سه ماهه نمی‌توان در خصوص روند بهبودی آنان به صورت قطعی نتیجه‌گیری کرد، موضوعی که در عین حال از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. در زمینه سبک مقابله مساله محور، یافته‌های این پژوهش بین این سبک مقابله و روند بهبود رابطه معنی‌داری را نشان نداد. همچنین تعامل سبک مقابله مساله محور و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به CHD تغییرات مثبت بیشتری را در روند بهبود بیماری پیش‌بینی نکرد. قسمتی از یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های تری^{۱۳} که برای اثبات اثر تسهیل‌کنندگی مقابله مسأله محور بر سازش روانشناختی در بیماران قلبی با شکست مواجه شد، مطابقت دارد و احتمال چنین تبیینی را فراهم می‌نماید که بیماری کرونر قلب شرایط غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل و ناتوان‌کننده‌ای را بر فرد تحمیل می‌نماید. مطالعات بسیاری بیانگر این مطلب هستند که استفاده از سبک مقابله مسأله محور تنها در شرایطی که مساله و مشکل قابل کنترل ارزیابی شود می‌تواند باعث کاهش فشار روانی گردد. کوشش مستمر برای یافتن راه حل برای مشکلی که لاینحل به‌نظر می‌رسد، باعث افزایش ناکامی می‌شود نه آنکه نفعی روانشناختی در بر داشته باشد.^{۲۴} ناتوانی‌های خاص بیماران قلبی احتمالاً فرد را به این نتیجه می‌رساند که وضعیت پیش‌آمده قابل کنترل نیست و به همین جهت استفاده از روش‌های مقابله مساله

امکان‌پذیر نبود. در حد یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهای زیر را به منزله پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی مخصوصاً در چهار چوب بیماری‌های عروق کرونر قلب قرار داد. راهبردهای مقابله، مجموعه مهارت‌هایی هستند که تحت تأثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبتاً قابل تغییرند. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با سطح تحول، سبک مقابله معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین سبک‌های مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در سبک‌ها به عنوان اهداف این برنامه‌ها از اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. اهمیت این برنامه‌های پیشگیرانه وقتی برجسته‌تر می‌شود که مطابق یافته‌های موجود^{۲۵ و ۴} به نقش و تأثیر استفاده از سبک‌های مقابله‌ناکارآمد بر پیدایش بیماری‌های استرس محور و تهدید سلامت عمومی علاوه بر سلامت روانی توجه شود. محدودیت جامعه آماری پژوهش به دلیل شرایط جسمی خاص بیماران، سطح دانش آنها، محدود بودن دوره پژوهش و پی‌گیری، و نوع پژوهش (توصیفی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزارهای مورد استفاده و شیوه اجرای آنها در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

References

۱. سارافینو ادوارد. روانشناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان، تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۴.
۲. سماوات طاهره، حجت زاده عالیه. دانستی‌هایی درباره حمله قلبی و سکتة مغزی، وزارت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مدیریت بیمارها، تهران: نشر صدا، ۱۳۸۴.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer: 1984.
4. Piko B. Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychol Rec* 2001; 51: 223-36.
5. Hobfoll SE, Schwarzer R, Chon KK. Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress and Coping* 1998; 11: 181-212.
6. Somerfield MR, McCrae RR. Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *Am Psychol* 2000; 55: 620-5.
7. Pakenham KI. Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychol Health Med* 2001; 6: 411-28.
8. Brayant RA, Harvey AG. Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accident. *Behav Res Ther* 1995; 33: 631-5.
9. Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M, Seeley JR. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 499-511.
10. Holohan CJ, Moos RH, Holohan CK, Bernnab PL. Social support, coping and depressive symptoms in a late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychol* 1995; 14: 152-63.
11. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2001; 50: 205-19.
12. Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *J Cardi Nurs* 1990; 5: 25-33.
13. Terry DJ. Stress, coping as correlates of adaptation in myocardial infarction patients. *J Behav Med* 1992; 10: 1-18.
14. Carver CS, Scheier MF, Weintrub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
۱۵. بشارت محمد علی. مشخصه‌های روانسنجی مقیاس سبک‌های مقابله تهران (TCSI). پژوهشهای روانشناختی، ۱۳۸۷، زیر چاپ.
16. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological and well-being in general population. *J Consul Clin Psychol* 1983; 51: 730-42.
17. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press: 1972.
18. Goldberg DP, Williams P. A users' guide to the Genral Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.
۱۹. بشارت محمد علی. پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار ۱۳۸۵: سال ۱۶: صفحات ۱۱-۱۱.
۲۰. پورنگ پریسا. بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سطوح سازش روانشناختی با فرایند بهبود بیماران قلبی- عروقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، ۱۳۸۶.
۲۱. سرمد زهره. آمار استنباطی. گزیده ای از تحلیل های آماری تک متغیری، تهران، ۱۳۸۴.
22. Livneh H. Psychosocial adaptation to heart disease: the role of coping strategies. *J Rehab* 1999; 11: 401-18.
23. Zeidner M, Endler NS. Handbook of coping: Theory, research, applications. New York : John Wiley & Sons , Inc: 1996.
24. Davison GC, Neale JM, Kring AM. Abnormal psychology. New York : John Wiley & Sons , Inc: 2004.
25. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-39.

The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease

Abstract

Received: May 14, 2008 Accepted: August 06, 2008

Besharat M.A.^{1*}
Pourang P.¹
Sadeghpour Tabaei A.²
Pournaghash Tehrani S.¹

1- Department of Psychology,
University of Tehran
2- Department of
Cardiovascular, Shahid Rajaee
Heart Center

Background: The relationship between coping styles and psychological adaptation during the recovery process was investigated in a sample of coronary heart disease (CHD) patients.

Methods: One hundred and fifty patients from Shahid Rajaee Heart Center, Tehran, Iran, were included in this study at intake and forty five patients (27 men, 18 women) participated in the follow-up study. All participants were asked to complete the Tehran Coping Styles Scale (TCSS) and Mental Health Inventory (MHI). The Recovery Process Questionnaire (RPQ) was completed using each patient's medical file and clinical examinations by cardiologists. Styles of coping with stress were categorized as problem-focused, positive emotional-focused and negative emotional-focused. Psychological adaptation included psychological well-being and psychological distress.

Results: Objective recovery status showed no significant correlation with either coping styles or psychological adaptation. Perceived recovery revealed a significant positive association with negative emotional-focused coping ($p < 0.05$), but no significant correlation with other coping and psychological adaptation variables. Perceived recovery revealed a significant negative association with psychological distress ($p < 0.05$), but showed no significant correlation with psychological well-being.

Conclusions: Perceived recovery in CHD patients is positively influenced by negative emotional-focused coping styles. Results and implications are discussed specifically in terms of the possible reasons for the positive relationship between perceived recovery and negative emotional-focused coping.

Keywords: Coping style, Stress, coronary heart disease, psychologic, well-being, distress

*Corresponding author: Department
of Psychology, University of
Tehran, P. O. Box 14155-6456
Tel: +98-21-61117488
email: besharat@ut.ac.ir